**О некоторых особенностях клиники,течения и лечения алкогольных психозов**

Трущенков Л.Я., Филь А.И.

В связи со стремительным ростом потребления алкоголя на душу населения в начале 90-х годов, увеличением количества алкогольных психозов, усложнением их клинической структуры, утяжелением течения и частыми смертными случаями было решено открыть на базе Новгородской областной психоневрологической больницы № 1 отделение для лечения алкогольных психозов (ранее больные с алкогольными психозами лечились в общепсихиатрических отделениях). Указанное отделение было открыто 1 января 1994 года и стало обслуживать 12 районов области.

В течение 1994-1996 годов в отделение поступило 802 человека, из них первично в данном году 708, впервые в жизни - 472. Выписано с заключительным диагнозом "Алкогольный психоз" - 709 человек, из них жителей городов - 364, жителей сел - 345. Средняя длительность пребывания выбывших больных составила 24,9 дня, а оборот койки - 12,1. Удельный вес больных с острыми алкогольными психозами составил 84,4%, хроническими - 1,7%, предцелириозными состояниями у больных хроническим алкоголизмом 2-3 стадии -13,9%. Среди алкогольных психозов наиболее часто встречался алкогольный делирий (62,5%), при этом нередко отмечалось усложнение структуры психоза, тяжелое течение с выраженными сомато-неврологическими нарушениями. Острые алкогольные галлюцинозы составили 17,9%, алкогольные параноиды - 6,4%, структурно-сложные алкогольные психозы - 6,5%. Считаем необходимым остановиться на особенностях проявления и течения структурно-сложных алкогольных психозов.

За указанный период в отделение поступило 47 больных с диагнозом: "Структурно-сложный алкогольный психоз". Клиника таких психозов определялась последовательно сменяющимися картинами острых психозов - параноида, галлюциноза, делирия, а также наличием элементов синдрома Кандинского-Клерамбо. Синдром Кандинского-Клерамбо наблюдался в 31,9%; сочетание вербального галлюциноза и делирия, а также острого параноида и делирия одинаково - 27,7%; сочетание трех синдромов: делирия, вербального галлюциноза и острого параноида - в 12,8% случаев.

Почти все пролеченные больные имели сопутствующую соматическую патологию. Наиболее часто встречались токсический алкогольный гепатит - 68,1% и токсическая почка - 12,8%. Однако, несмотря на это, все больные с диагнозом "Структурно-сложный алкогольный психоз" были выписаны с выздоровлением. Столь успешные результаты лечения объясняются своевременной адекватной терапией и ранней госпитализацией больных (87,2% пациентов были доставлены в больницу в течение первых 3-х суток после появления начальных признаков психотических расстройств).

Особую настороженность вызывает стремительный рост потребления алкоголя детьми и подростками. Следует отметить, что за 3 года количество психозов в возрасте до 20 лет включительно возросло в 5 раз, в то время как по другим возрастным группам отмечалось даже незначительное снижение их (кроме возрастной группы свыше 50 лет). В этой группе рост психозов составил 21,5%. Анализ психозов в возрастной группе до 20 лет показал, что эти больные стали злоупотреблять алкоголем в возрасте от 11 до 15 лет - 5 человек, а в возрасте от 15 до 20 лет - 4 человека. Указанные больные воспитывались в неблагоприятной микросоциальной среде (родители злоупотребляли алкоголем). В 3-х случаях больные этой группы страдали олигофренией, а остальные обнаруживали психопатические черты характера.

В отделении применялись следующие основные методы лечебного воздействия:

1. Биологический,

2. Психотерапевтический. Лечение острых алкогольных психозов слагалось из патогенетической, симптоматической терапии и терапии сопутствующей патологии. В настоящее время острый алкогольный психоз, в частности алкогольный делирии, рассматривается как острый соматоинтоксикационный психоз, развивающийся на фоне гипоксии и отека головного мозга с резким нарушением водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия, витаминного баланса и выраженными гемодинамическими и вегетативными сдвигами.

Исходя из вышеизложенного, основные принципы патогенетической терапии острых алкогольных психозов были направлены на:

1. Устранение психомоторного возбуждения и агрипнии.

2. Предупреждение и лечение отека и гипоксии мозга.

3. Проведение дезинтоксикации.

4. Коррекцию водно-электролитного, кислотно-щелочного равновесия и витаминного баланса.

5. Борьбу с гемодинамическими, сердечно-сосудистыми нарушениями и нарушениями функции внутренних органов.

Главное условие успешного эффективного лечения больных заключалось в индивидуальном подходе к выработке лечебной тактики. Широко применялись психотропные препараты.

В отделении использовались элементы личностно-ориентированной психотерапии: индивидуальной, групповой, семейной, рациональной психотерапии. Групповая психотерапия - регулярно 1 раз в две недели проводились занятия со всеми больными отделения с "психотерапевтическим воздействием", конкретными примерами и демонстрацией пациентов. Во время ежедневных обходов читались микролекции, "игрались" микроспектакли и т.д. Семейная - постоянные беседы с родственниками больных отдельно и вместе с пациентами. Поддерживалась связь с выбывшими пациентами и их родственниками по телефону, корреспондентским способом и др. Сами больные, находясь в психотическом состоянии, оказывали значительное психологическое и психотерапевтическое воздействие на выздоравливающих пациентов.

Как результат правильной терапевтической тактики отмечены положительные результаты лечения алкогольных психозов: 85% больных выписано с выздоровлением, 14% - с улучшением и только 1% - без перемен (алкогольные энцефалопатии с корсаковским синдромом).

За время работы отделения было зарегистрировано 2 случая смерти в 1994 году. Оба больных поступили в отделение в предагональном состоянии с тяжелой соматической патологией и умерли в течение первых суток. В одном случае от гнойного менингита, а в другом - от алкогольной энцефалопатии Гайе-Вернике на фоне двухсторонней сливной бронхопневмонии. Оба больные были доставлены в отделение поздно. В течение 1995 - 1996 годов смертных случаев не наблюдалось.

Таким образом, на основании изложенного можно сделать следующие выводы:

1. Увеличение потребления алкоголя населением сопровождалось соответственно ростом алкогольных психозов, усложнением их клинической картины, утяжелением течения.

2. Особо настораживает рост алкоголизма среди детей и подростков и соответственно резкое увеличение (в 5 раз) алкогольных психозов в этой возрастной группе.

3. Чем раньше госпитализируются больные с острыми алкогольными психозами, тем лучше результаты лечения.

4. Чем ниже уровень жизни и образования пациентов, тем чаще встречаются структурно-сложные алкогольные психозы и тем более тяжелое их течение, вероятно вследствие потребления ими менее качественных, а значит более токсичных алкогольных напитков (самогон, суррогаты алкоголя, импортная водка).

5. Жители городов и сел одинаково много потребляют алкогольные напитки и соответственно страдают алкоголизмом и алкогольными психозами без существенной разницы.

6. Открытие отделения для лечения алкогольных психозов было своевременным и нужным.